FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 1966 THÈSE N° 3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René SAOUT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Décembre 1933, à Lesneven (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'AVENIR DE LA FEMME CÉSARISÉE

Président : M. MERGER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René SAOUT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Décembre 1933, à Lesneven (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'AVENIR DE LA FEMME CÉSARISÉE

Président : M. MERGER, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER.

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); - *Cochin :* Leger (L.); - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.); - *Pitié :* Cordier (G.); - *Saint-Antoine :* Gosset (J.); - *Salpêtrière :* Sicard (A.); - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.) ; - *Cochin :* Brouet (G.) ; - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; - *Lariboisière :* Sèze (S. de) ; - *Pitié :* Dreyfus (G.) ; - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) ; - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) . .	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . .	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique . .	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . .	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . .	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . .	Kreis (B.)
Médecine :	Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).
Pathologie exotique : M. Schneider (J.)
Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).
Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);
Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).
Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);
Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).
Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).
Rhumatologie : M. Massias (P.).
Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).
Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).
Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).
Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).
Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).
Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).
Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)
Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.) Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE A MON PÈRE

En témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

LE DOCTEUR ANNICK SAOUT - LE GUILLOU
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Attachée d'Anesthésiologie à l'Hôpital Lariboisière

Ma précieuse collaboratrice dans la vie familiale et professionnelle.

A NOS ENFANTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MA FAMILLE ET MES AMIS

Avec mon affection.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Robert MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Gynécologue-Accoucheur du C.H.U. de Saint-Antoine

Vous nous avez fait le très grand honneur d'inspirer le sujet et d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous nous avez donné, pendant notre séjour dans votre service, un enseignement gynécologique et obstétrical de tout premier ordre rigoureux, nuancé, humain.

Puisse ce travail être un modeste témoignage de notre grande gratitude et de notre profond respect.

A SES COLLABORATEURS DU C.M.C. FOCH

Monsieur le Docteur Jean LÉVY

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Votre vaste savoir, votre présence dynamique, votre amical soutien nous ont beaucoup apporté.

Croyez à notre sincère et respectueux attachement.

Monsieur le Docteur Jean MELCHIOR

Gynécologue-Accoucheur du C.M.C. Foch

Qui nous a dispensé un enseignement vivant et efficace.

Qui nous a confirmé l'importance du détail technique.

Qui nous a fait bénéficier de son expérience pour ce travail.

Avec notre amicale reconnaissance.

Monsieur le Docteur CHADEYRON

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux

Qui nous a conseillé dans ce travail.

Avec notre amicale gratitude.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROY
Doyen de la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIHÉNEUC
Professeur de Clinique Chirurgicale

Avec notre profonde admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TOULOUSE
Professeur de Clinique Obstétricale

Avec votre collaborateur, le Professeur Agrégé DUBOIS, vous avez su éveiller notre intérêt pour la gynécologie et l'obstétrique.

Vous nous avez fait bénéficier de vos conseils lors de notre départ pour Paris.

Croyez à notre profonde admiration et à notre grande gratitude.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Monsieur le Professeur Jean QUÉNU
Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale

Que nous avons tant admiré.

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER
Professeur de Clinique Toxicologique

Qui nous a accueilli avec grande bonté à nos débuts parisiens.

Qui nous a apporté son constant soutien.

Qu'il veuille bien croire à notre sincère attachement.

Monsieur le Professeur Albert NETTER
Médecin de l'Hôpital Necker

Nous avons été, dans votre service, à une grande école gynécologique qu'animaient avec vous Madame le Docteur NETTER et Monsieur le Docteur LUMBROSO.

Monsieur le Professeur DUPERRAT
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Nous avons acquis, grâce à vous, quelques notions cliniques de dermatologie gynécologique et de vénérologie, mais aussi nos seules connaissances anatomo-pathologiques.

Monsieur le Professeur DECOURT
Professeur de Clinique Endocrinologique

Avec notre profond respect.

EXTERNAT EN PREMIER

Monsieur le Docteur PESTEL
Médecin des Hôpitaux de Paris

Votre sens de l'enseignement, votre culture, votre bonté nous ont fait passer presque agréablement cette année pénible de " provisoire ".

INTERNAT

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé THOYER-ROZAT
Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Beaujon

Vous avez bien voulu accueillir avec sympathie un interne débutant.

Vous avez guidé avec patience nos premiers pas dans l'art gynéco-obstétrical.

Vous nous avez initié avec quel talent aux " mystères " de la cœlioscopie et de la voie basse.

En témoignage de notre respectueux attachement et de notre grande admiration.

A SES COLLABORATEURS

Monsieur le Professeur Agrégé Jean SENÈZE
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Nous vous serons toujours reconnaissant de nous avoir aidé avec une grande patience pour toutes nos premières interventions gynécologiques. Vous nous avez appris la concision, la précision, la rapidité dans le geste opératoire.

Croyez à notre respectueuse amitié.

Monsieur le Docteur DAFFOS
Assistant à l'Hôpital Beaujon

Nous avons apprécié votre dynamisme raisonné et vos conseils amicaux.

Croyez à notre sincère attachement.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé Paul MORIN
Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Vous nous avez fait bénéficier d'un enseignement vivant et nuancé.

Vous nous avez conseillé chaque jour dans la pratique obstétricale avec une aménité et une bonté qui font de vous le plus attachant des Maîtres.

Vous nous avez appris à aimer la sobriété et la satisfaction du travail bien fait.

En témoignage de notre très profonde reconnaissance et de notre très respectueuse affection.

A SES COLLABORATEURS

Monsieur le Docteur HANON
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur BARRIER
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Madame le Docteur Solange TROISIER
Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux

En témoignage de notre respectueuse gratitude pour avoir si bien contribué par leur expérience, leur technique et leurs conseils amicaux à notre épanouissement obstétrical.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean PERROTIN

Je fus un an votre externe et un an votre interne.

Votre haute technique opératoire et votre rigoureux enseignement clinique nous ont fait comprendre l'importance du geste réfléchi et de l'indication précise.

Veuillez trouver ici l'hommage de notre respectueuse admiration.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE REGRETTÉ MAITRE

Monsieur le Docteur DELINOTTE

Chirurgien des Hôpitaux

Dont nous fûmes l'interne très peu de temps mais suffisamment pour avoir d'emblée aimé et l'urologue et l'homme.

Au Docteur Jacques MICHON

Chirurgien des Hôpitaux

Chef du Service d'Urologie de l'Hôpital Lariboisière

Vous avez bien voulu nous accueillir dans notre service après la brutale disparition de notre commun maître.

Vous nous avez appris à ne redouter ni l'uretère ni la vessie.

Vous avez complété nos connaissances sur la voie vaginale.

Croyez à notre reconnaissance et à notre attachement sincère.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jean LOYGUE

Chirurgien de l'Hôpital Rotschild

Chirurgien au geste sobre, rapide, élégant. Remarquable enseignant jusque dans le moindre détail.

Croyez à notre reconnaissance et à notre affectueuse admiration.

A NOTRE FUTUR MAITRE

Monsieur le Professeur Jacques HUGUIER
Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

En hommage de notre respectueuse admiration.

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

Monsieur le Professeur Agrégé DE TOURRIS
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Poitiers

Monsieur le Docteur Jean MOREAUX
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur MOREL-MAROGER
Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris

Je me suis efforcé de donner à mes élèves de conférence un enseignement de qualité égale à celui que vous m'avez donné.
Avec ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

La césarienne segmentaire a été introduite en France, en 1921, par SCHICKELE, à Strasbourg, puis par BRINDEAU et son école, à Paris.

Depuis cette date, la fréquence de la césarienne a considérablement augmenté, en même temps que s'amélioraient les conditions de sécurité opératoires et post-opératoires.

Aujourd'hui, la césarienne est réputée bénigne et sans conséquences graves. Cela est vrai pour les suites immédiates seules connues trop souvent de l'accoucheur.

Nous avons étudié dans ce travail *l'avenir de la femme césarisée.*

Notre étude porte sur 406 femmes césarisées au Centre Médico-Chirurgical Foch entre 1949 et 1963.

Nous avons analysé *l'avenir immédiat* de ces femmes. Nous avons aussi analysé *leur avenir à lointaine échéance.*

Nous nous sommes préoccupés non seulement de *leur avenir obstétrical,* mais aussi de *leur avenir non obstétrical.*

Quatre cent six femmes césarisées au Centre Médico-Chirurgical Foch entre 1949 et 1963 ont accepté soit de répondre à un questionnaire détaillé, soit de se rendre à l'une de nos consultations.

Cette population statistique a, en commun, à l'exception de 3 césariennes corporéales :

a) UNE UNITÉ DE LIEU, puisque toutes les césariennes segmentaires furent pratiquées dans un même service hospitalier.

b) UNE UNITÉ DE TECHNIQUE, puisque quels que fussent les opérateurs, la technique employée fut homogène ; nous en rappellerons les principaux points :

1° Cœliotomie sous-ombilicale presque exclusivement médiane, exceptionnellement transversale.

2° Nous nous passons de plus en plus de matériel métallique, d'écarteurs pour réduire au minimum le traumatisme fœtal.

3° L'hystérotomie segmentaire transversale ne comporte qu'une incision très courte, moucheture au bistouri, suivie d'une dissociation au doigt de part et d'autre.

4° La suture utérine est pratiquée en un seul plan, au catgut 0 ou 1, à points séparés simples, parfois complétés par quelques points en U ou en X.

Ces détails ont une énorme importance puisque c'est en partie de la qualité technique de la césarienne initiale que dépendra la valeur de la cicatrice utérine ultérieure.

Le plus souvent, ces césariennes ont été pratiquées au cours du travail, quelques-unes systématiques avant le travail et au voisinage du terme pour des raisons médicales et obstétricales.

La grande majorité de ces femmes étaient des primipares.

Les indications opératoires étaient variées (Tableau I).

Tableau I : Indications des 406 césariennes

Disproportions fœto-pelviennes	133
Dystocie dynamique	50
Accident occasionnel (siège transverse, insertion basse, myome prævia, procidence du cordon)	96
Indication de sauvetage fœtal	46
Lésions périnéales réparées ou interventions antérieures sur l'utérus	16
Affection médicale (diabète, cardiopathie, néphropathie)	33
Antécédents obstétricaux	32

Nous étudierons successivement :

I — L'AVENIR IMMEDIAT DE LA FEMME CESARISEE

II — L'AVENIR LOINTAIN DE LA FEMME CESARISEE

A) AVENIR OBSTÉTRICAL :
- — *la fécondité ;*
- — *la grossesse ;*
- — *l'accouchement.*

B) AVENIR NON OBSTÉTRICAL :
- — *les douleurs ;*
- — *les troubles des règles ;*
- — *les troubles d'adaptation sexuelle.*

C) L'EXAMEN D'UNE FEMME ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉE :
- — *au cours d'une grossesse ;*
- — *en dehors de la grossesse.*

L'AVENIR IMMEDIAT DE LA FEMME CESARISEE

Les suites de nos césariennes ont souvent été simples, comparables à celles d'un accouchement par voie basse. Les rapports mère - enfant sont normaux. La plupart des femmes ont allaité ou essayé de le faire. Le retour de couches survient dans les délais habituels (en moyenne huit à neuf semaines après la césarienne).

Nous avons cependant observé un certain nombre de complications post-opératoires. Les complications sont d'ordre hémorragique, infectieux, urinaire, pariétal, occlusif et thrombo-embolique.

LES HEMORRAGIES POST-OPERATOIRES

Elles sont exceptionnelles, puisque nous n'observons que deux hémorragies graves.

La première était due à une fibrinolyse aiguë chez une femme césarisée pour hématome rétro-placentaire et a cédé au traitement médical (8 grammes de fibrinogène + 5 millions d'iniprol + sang).

Le deuxième accident hémorragique survint après une troisième césarienne avec ligature de trompes chez une femme atteinte d'insertion basse du placenta (la première césarienne avait déjà été pratiquée pour placenta prævia). Les tests de coagulation étaient normaux. L'importance de l'hémorragie, malgré les ocytociques, a fait pratiquer une hystérectomie d'hémostase à la sixième heure (hystérectomie totale avec conservation des annexes ; suites opératoires simples). Cette hémorragie s'explique par l'atonie d'un segment inférieur de multipare césarisée à plusieurs reprises, avec un facteur supplémentaire de mauvaise hémostase : l'insertion basse du placenta.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des hémorragies localisées telles qu'un hématome du ligament large, incriminées par certains auteurs comme cause de fragilisation de la cicatrice d'hystérotomie.

LES INFECTIONS POST-OPERATOIRES

Les accidents infectieux post-opératoires sont rares actuellement. Nous avons observé une cholécystite aiguë, deux annexites et six infections des voies urinaires ayant cédé au seul traitement médical (antibiothérapie ou sulfamidothérapie) orienté chaque fois que possible par un examen bactériologique avec antibiogramme.

Huit suppurations pariétales ont prolongé l'hospitalisation. Elles ont cédé aux petits gestes chirurgicaux (mise à plat) habituels et aux antibiotiques. Deux d'entre elles ont favorisé la survenue d'une éventration quelques mois après la césarienne.

Nous n'avons observé aucune infection péritonéale ni généralisée, ni localisée (abcès du Douglas, abcès sous-phrénique).

Quatre fièvres post-opératoires ne relevaient d'aucune des étiologies précédentes ni de maladie thrombo-embolique, ni d'infection mammaire. Elles étaient probablement en rapport avec une infection utérine, nous n'en avons eu aucune preuve bactériologique (examen bactériologique des lochies), nous n'avons pas assisté à l'expulsion de matériel de suture. Les antibiotiques ont régularisé en quelques jours la courbe thermique. On sait l'importance pronostique, lors d'un accouchement ultérieur, de ces fièvres post-opératoires n'ayant pas fait la preuve de leur étiologie après la première césarienne. Dans notre série cependant, les courbes de température étaient normales dans les suites de la première césarienne dans nos observations de déhiscences utérines. A l'inverse, une césarienne itérative en début de travail montre une cicatrice d'hystérotomie excellente dans l'une de nos observations de fièvre post-opératoire. L'hystérographie de contrôle ne montre aucune image pathologique six mois après l'intervention dans une autre observation.

En conclusion, les accidents infectieux dans les suites de césarienne segmentaire nous paraissent rares, vite jugulés par l'antibiothérapie seule ou associée à de petits gestes chirurgicaux. Mais les antibiotiques ne doivent pas être prescrits systématiquement à titre préventif dans les premiers jours post-opératoires. Cependant, chaque fois que le travail a été prolongé, qu'il y eut épreuve du travail et donc ouverture de l'œuf avec des touchers répétés, l'antibiothérapie sera mise en œuvre.

LES COMPLICATIONS URINAIRES POST-OPERATOIRES

En dehors des six épisodes infectieux signalés précédemment, nous n'avons relevé que deux observations de lésions vésicales.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite brèche vésicale immédiatement suturée en fin d'intervention au catgut 0 en un plan extra-muqueux. Les suites immédiates en furent simples sous antibiotiques et sonde vésicale à demeure pendant dix jours. Les suites lointaines sont excellentes.

La deuxième observation est celle d'une fistule vésico-vaginale :

— *Madame Sa... Solange,* trente-six ans, secondipare.

Antécédents : une césarienne en 1954 pour disproportion fœto-pelvienne (enfant de 4.650 g) au terme de huit mois.

Le 6 septembre 1961, césarienne segmentaire itérative pour disproportion fœto-pelvienne, grossesse à terme.

C.R.O. :

Médiane sous-ombilicale avec résection de la cicatrice antérieure.

Hystérotomie transversale.

Extraction d'un garçon de 5.670 g criant aussitôt.

Délivrance manuelle immédiate (700 g).

Suture utérine en un plan, au catgut 1, *avec reprise de l'ancienne cicatrice qui s'est désunie au moment du dégagement.*

Fermeture pariétale en trois plans.

En fin d'intervention, les urines sont claires.

Aucun incident urinaire n'est signalé dans les suites opératoires immédiates. Cependant, ces suites sont subfébriles.

Le 13 novembre 1961, soit cinq semaines après l'intervention, nous revoyons en consultation Mme Sa... pour des pertes vaginales liquides, au début rosées, puis claires, apparues au lendemain de la sortie. Ces pertes peu abondantes, mais quotidiennes, l'obligent à se garnir en permanence.

A l'examen, utérus et annexes sont normaux.

L'épreuve au bleu de méthylène est positive, affirmant la fistule vésico-vaginale.

La malade est hospitalisée.

Le 15 novembre 1961, *compte rendu de l'urologie :*

— La cystoscopie montre un petit orifice fistuleux, un peu à gauche de la ligne médiane.
— Electrocoagulation de la fistule.
— Une sonde vésicale à demeure est placée sous couverture de sulfamides. Après trois semaines, ablation de la sonde.

L'épreuve au bleu est négative.

La malade est revue dans les mois et les années qui suivent : guérison.

Ainsi, le seul accident urinaire important que nous ayons observé est une fistule vésico-vaginale. Cette fistule s'est extériorisée au douzième jour, vraisemblablement après hématome vésico-vaginal et chute d'escarre.

Elle n'a pas nécessité, contrairement à l'habitude, d'intervention chirurgicale, mais a guéri par la seule électrocoagulation endoscopique.

LES COMPLICATIONS PARIETALES

En dehors des suppurations de paroi abdominale décrites dans les infections post-opératoires, nous avons observé des complications communes à toutes laparotomies, qu'elles soient médianes ou transversales.

Outre un certain nombre de cicatrices cutanées inesthétiques, nous observons dix éventrations post-opératoires découvertes dans un délai moyen de huit mois après la césarienne. Ces éventrations ont été traitées chirurgicalement dans un délai de six mois à neuf ans après l'opération césarienne. Parmi ces dix cas, deux fois seulement il y avait eu suppuration pariétale dans les premiers jours post-opératoires.

Aucune éviscération n'est signalée.

De même, nous n'avons observé aucune des complications décrites propres aux cœliotomies pour césarienne : fistule utéro-pariétale, endométriose de la paroi...

LES ACCIDENTS OCCLUSIFS

Ils sont rares puisque nous n'en observons que trois cas.

— *Les deux premières observations* concernent des iléus paralytiques. Ces iléus ont persisté respectivement pendant les six et huit premiers jours post-opératoires, s'accompagnant d'une fébricule et d'une parésie vésicale.

Le traitement comportait : l'aspiration duodénale plus les excitants du péristaltisme intestinal (physiostigmine) associés aux antibiotiques.

La lecture du compte rendu opératoire n'apporte aucune orientation étiologique.

Il convient pourtant d'insister sur la nécessité, lors des césariennes, de bien assécher la cavité péritonéale pour favoriser la reprise rapide du transit.

— *Le troisième accident occlusif* s'est révélé à distance de la césarienne. Nous le décrirons cependant dans ce chapitre. Il s'agit d'une occlusion aiguë de l'intestin grêle par bride épiploïque.

• OBS. : *Mme Em... Odile, vingt-six ans*

Elle est hospitalisée en urgence dans le service de chirurgie du C.M.C. Foch, en septembre 1962, pour une occlusion aiguë du grêle clinique et radiologique.

Elle est opérée en urgence après six heures de réanimation.

C.R.O. :

Médiane sous-ombilicale avec excision de l'ancienne cicatrice. La dernière ans iléale est étranglée par une bride épiploïque adhérant au fond utérin.

Section de la bride.

Vérification complète de l'abdomen et du petit bassin : utérus et annexes sont sains, l'appendice est normal.

Fermeture pariétale en trois plans.

Bonnes suites opératoires.

Cette femme a été césarisée trois ans plus tôt, en octobre 1959, pour bassin généralement rétréci. Le compte rendu de la césarienne est banal. Les suites opératoires avaient été normales, sinon un clocher fébrile à 38°7 au troisième jour et ayant tourné court sous antibiotiques.

— *En conclusion :* sur notre série de 406 césariennes, nous n'avons observé que 3 accidents occlusifs : deux occlusions immédiates paralytiques, une occlusion tardive mécanique sur bride.

LA MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE DANS LES SUITES DE CESARIENNE

Nous exclurons de notre statistique les phlébites superficielles. Nous exclurons aussi les traitements anticoagulants systématiques en post-opératoire pour antécédents cardio-vasculaires ou cardiopathie en cours. Nous ne retenons que les observations de thrombose exprimée cliniquement au moins par une douleur à la dorso-flexion du pied, signe de Homans que tous les auteurs s'accordent à reconnaître comme le signe le plus fidèle.

Avec ces critères, la fréquence des accidents thrombo-emboliques dans les suites de césarienne nous paraît extrêmement élevée.

En effet, nous avons observé dans notre série de 406 césarisées, 29 maladies thrombo-emboliques, soit une fréquence supérieure à 7 %, alors que la fréquence moyenne de la maladie thrombo-embolique puerpérale serait de 0,3-0,4 % (P. Morin), de 0,5 % (R. Merger).

La césarienne multiplie donc par 20 le risque de maladie thrombo-embolique.

Les premières manifestations veineuses ont été observées le plus souvent au huitième jour avec des extrêmes allant du quatrième au vingt et unième jour.

Elles comprenaient : 25 thromboses ou thrombo-phlébites unilatérales du membre inférieur, dont une *phlegmatia cœrulea ;* le siège le plus fréquent est le côté gauche :

— 1 phlébite du membre supérieur droit ;

— 3 embolies pulmonaires : deux sans manifestations jambières préalables, une chez une femme déjà sous traitement.

Les embolies pulmonaires ont été confirmées par la radiographie et l'électrocardiographie.

Elles étaient de gravité moyenne et ont toutes évolué favorablement sous traitement médical, après rechute à court terme pour l'une d'entre elles.

Les premiers signes d'alarme : une modification de la courbe de pouls et de température ou des manifestations fonctionnelles d'un membre inférieur, rarement des signes pelviens. Comme il est classique, le meilleur signe nous a paru être la douleur jambière provoquée à la dorso-flexion du pied ou à la pression axiale du mollet.

Au T.V., nous avons presque toujours retrouvé le comblement douloureux d'un cul-de-sac vaginal.

Le traitement curatif associe toujours les anti-inflammatoires (phényl-butazone et dérivés) et les anticoagulants (héparine, puis dicoumariques ou dicoumariques d'emblée). Le meilleur traitement préventif est le lever précoce.

Tous ces accidents veineux ont heureusement évolué.

Deux d'entre eux ont laissé des séquelles trophiques (un œdème).

En conclusion, malgré l'absence de mortalité dans notre statistique, la multiplication du risque thrombo-embolique dans les suites de couche doit entrer en ligne de compte lorsque l'on discute l'indication d'une césarienne.

* *

L'étude de ces complications immédiates présente un double intérêt :

1° Elle montre que la morbidité après césarienne n'est pas négligeable, en particulier le risque thrombo-embolique.

2° Elle souligne l'importance du dépistage et du traitement précoce de ces complications, même si elles paraissent mineures, tel qu'un fébricule post-opératoire, puisque c'est ainsi qu'on peut prévenir des complications tardives, telles que déhiscences utérines lors d'une grossesse ultérieure ou plus banalement adhérence de l'utérus et séquelles douloureuses. Ces faits sont classiques. Nous les reverrons en détail à des chapitres ultérieurs.

Tableau II : Tableau des principales complications post-opératoires après césarienne

Hémorragies	2
Infections	17
Fièvre isolée	4
C. urinaires	2
C. pariétales	10
O.I.A.	3
Thrombo-embolies	29

L'AVENIR LOINTAIN DE LA FEMME CESARISEE

Il comporte un avenir obstétrical, mais aussi un avenir non obstétrical.

* *

A. - L'avenir obstétrical

Nous envisagerons successivement :

— la fécondité ;
— la grossesse ;
— l'accouchement.

LA FECONDITE

Le fait de césariser une femme diminue-t-il sa fécondité ?

Notre série comporte 406 césariennes.

Nous avons observé 205 grossesses après césarienne :

— 97 femmes ont eu une seule grossesse ;
— 28 femmes ont eu deux grossesses ;
— 14 femmes ont eu trois grossesses ;
— 1 femme a eu quatre grossesses ;
— 1 femme a eu six grossesses.

Au total, 141 femmes, soit 34 %, ont été au moins une fois enceintes après leur césarienne.

Nous étudierons successivement :

1) la limitation du nombre des grossesses chez la césarisée ;
2) le problème des stérilités volontaires ou involontaires.

Tableau III : La fécondité de la femme césarisée

Sur 406 césarisées	Nombre de grossesses après la césarienne
265	0
97	1
28	2
14	3
2	4 et plus

Sur 406 femmes césarisées, 141 femmes ont à nouveau été enceintes, totalisant 205 grossesses.

Tableau IV : Stérilités

Stérilités volontaires	210
Ménopause	8
Maladies maternelles	2
Ligature-résection	18
Salpingectomie	4
Adhérences post-opératoires ou autres causes ..	23

Sur 265 stérilités, 55 sont involontaires et relèvent de plusieurs causes.

1) La limitation du nombre des grossesses chez la femme antérieurement césarisée

La césarienne limite le nombre des grossesses.

En effet, sur 406 femmes césarisées, 121 seulement, soit 30 %, deviennent ensuite des secondipares, alors que 42 % des primipares ayant accouché par voie basse deviendront secondipares.

D'autre part, la modalité de l'accouchement qui suit immédiatement la césarienne paraît directement influencer le nombre de grossesses ; la césarienne itérative chez la secondipare fait diminuer de 75 % sa chance d'avoir un troisième enfant ; sur les 121 secondipares, 32 auront un troisième enfant (soit 30 %) ; parmi elles :

— 81 avaient eu une césarienne itérative, 11 seulement ont eu un troisième enfant ;

— 40 avaient eu un accouchement par voie basse, 21 ont eu un troisième enfant.

Ainsi, le nombre des grossesses chez la femme une fois césarisée est diminué d'une part par la première césarienne, d'autre part par

une césarienne itérative éventuelle. Les éléments diminuant le nombre des enfants ultérieurs chez la femme césarisée sont les avortements spontanés, les stérilités involontaires et les stérilités volontaires ; nous allons le voir dans les pages suivantes.

2) La stérilité

Deux cent soixante-cinq femmes, soit 66 % de nos observations, sont stériles.

- *La stérilité est le plus souvent volontaire :*

Deux cent dix femmes, en effet, limitent volontairement leur fécondité à cause des maladies maternelles ayant motivé la décision opératoire ou plus souvent en raison des circonstances psychologiques précédant ou suivant l'opération.

Le facteur psychologique est de loin le plus important. Beaucoup de femmes ont la hantise d'une nouvelle grossesse. De cette hantise découlent pour certaines des troubles de l'adaptation sexuelle (cf. chapitre spécial).

- *La stérilité est parfois involontaire* (cf. *Tableau IV*) :

Dans quelques cas, la diminution involontaire de la fécondité biologique s'explique par l'âge (femmes césarisées dans les années précédant leur ménopause naturelle) ou par une maladie générale (diabète).

Quatre femmes ont été salpingectomisées dans les deux ans suivant leur césarienne.

Dix-huit femmes ont eu une ligature-résection des trompes pour des raisons d'ordre médical ou obstétrical. Lors de la stérilisation, une seule était primipare, 3 étaient secondipares, les 14 autres avaient au moins trois enfants vivants.

La stérilisation chirurgicale par ligature-résection des trompes nous paraît ainsi jouer un rôle assez minime dans la genèse des stérilités d'une part, dans la diminution des familles très nombreuses par césarienne d'autre part.

Enfin, dans 23 stérilités involontaires chez des femmes jeunes dont 15 étaient primipares lors de la césarienne, la responsabilité de la première intervention paraît probable : une gêne à la migration de l'ovule ou une gêne à la migration de l'œuf (de même, nous le reverrons, une gêne à la nidation) peuvent être incriminées dans les suites lointaines d'une césarienne. En effet, une infection du péritoine pel-

vien et en particulier du cul-de-sac de Douglas ou un épanchement sanguin intra-péritonéal peuvent être cause de stérilité par brides ou adhérences péri-tubaires ou péri-ovariennes, obturation tubaire, malposition utérine enfin.

L'existence de ces adhérences pelviennes peut être soupçonnée cliniquement sur des suites opératoires fébriles, sur l'existence actuelle de douleurs abdomino-pelviennes à irradiations obturatrices, parfois inter-menstruelles, ailleurs sur la constatation d'une rétroversion fixée et douloureuse ou d'annexes peu mobiles. L'hystérosalpingographie et l'insufflation tubaire sont d'un bon appoint diagnostique.

Sur le plan thérapeutique, si une intervention chirurgicale (salpingolyse, reposition utérine) peut donner de bons résultats, le meilleur traitement est prophylactique : asséchement rigoureux du péritoine en fin d'intervention, utilisation large des antibiotiques et des anti-inflammatoires dans les suites opératoires.

En conclusion, la césarienne paraît diminuer la fécondité ultérieure directement ou indirectement.

La diminution de la fécondité est surtout volontaire pour des raisons d'ordre psychologique. L'âge, les maladies maternelles et les stérilisations chirurgicales lors de la césarienne (ligature-résection des trompes) ou dans les années qui suivent (salpingectomies) expliquent certaines stérilités involontaires.

Vingt-trois cas de stérilités involontaires, soit 6 % des femmes césarisées, semblent directement liées à l'intervention elle-même. Les 23 cas représentent une proportion importante des stérilités involontaires (55 cas au total). Les adhérences post-opératoires jouent vraisemblablement un rôle important dans la genèse de ces stérilités.

Quant aux grossesses nombreuses et donc aux familles nombreuses, la modalité du premier accouchement après la césarienne paraît jouer un rôle déterminant. C'est là un bon argument en faveur de la voie basse (cf. chapitre « *L'accouchement* »).

LA DUREE DE LA GROSSESSE

La grande majorité des 205 grossesses ont été menées jusqu'au terme ou jusqu'au voisinage du terme (cf. tableau).

Nous avons cependant observé : quelques accouchements prématurés, de nombreux avortements spontanés.

1) L'accouchement prématuré

Il paraît extrêmement rare. Nous n'en avons observé que 5 survenant entre le terme de six mois et demi et le terme de huit mois, avec des enfants de poids inférieur à 2.500 grammes. Ces accouchements prématurés se sont déroulés trois fois par voie basse (six mois et demi, sept mois et demi et huit mois) et deux fois par césarienne segmentaire itérative (à sept mois et demi et huit mois).

Le pourcentage d'accouchements prématurés chez la femme antérieurement césarisée (3,1 %) est ainsi inférieur dans notre série à celui de l'ensemble du service (5,5 %).

On peut donc affirmer que l'existence d'une césarienne dans les antécédents n'a aucune influence sur la prématurité lors des accouchements ultérieurs.

2) L'avortement spontané

L'interruption précoce de la grossesse nous a paru fréquente.

Nous avons en effet observé 41 avortements spontanés sur 205 grossesses.

C'est-à-dire que *20 % des femmes porteuses d'une cicatrice de césarienne segmentaire antérieure font un avortement spontané.* Ce chiffre est beaucoup plus élevé que le pourcentage généralement admis chez la femme indemne de tout passé opératoire qui est de 12 % :

— 24 de ces avortements spontanés sont des épisodes uniques ; 16 d'entre eux ont interrompu l'unique grossesse observée après la césarienne ; 8 femmes ont mené au moins une autre grossesse à terme ;

— 17 interruptions de grossesse sont des avortements spontanés à répétition : dans 3 cas, les 2 grossesses observées après la césarienne ont été interrompues ; dans 4 cas, 2 des 3 grossesses ont été interrompues ; enfin, dans 1 cas, les 3 grossesses ont été interrompues.

La date moyenne d'interruption de grossesse est de deux mois, donc précoce.

Les dates extrêmes vont de un mois et demi à trois mois et demi.

Comment expliquer cette particulière fréquence de l'avortement spontané ?

La césarienne antérieure peut-elle être la cause de l'interruption précoce de la grossesse ?

Certes, ces avortements spontanés peuvent relever des habituelles étiologies. Mais chez aucune des 32 femmes totalisant ces 41 avortements, nous n'avons mis en évidence de maladie générale maternelle.

Aussi, en l'absence de causes ovulaires prouvées, en l'absence de données « endocriniennes » précises, on peut soulever l'hypothèse *d'un facteur étiologique local, utérin :*

1° La césarienne peut être source d'adhérences qui vont fixer une torsion ou une malposition utérine.

2° La césarienne peut être à l'origine de synéchies utérines partielles.

3° L'existence même de la cicatrice isthmique pourrait entraîner des anomalies de l'endomètre sus-jacent avec troubles de la nidation et peut-être source de troubles de la contractilité utérine.

Ainsi une femme césarisée en 1957 pour placenta prævia fait deux avortements spontanés à deux mois en 1960 et 1961. En 1962, elle mène une grossesse à terme après traitement hormonal. Une césarienne itérative est pratiquée pour dystocie dynamique, après essai d'accouchement par voie basse près du terme. Il est possible que, dans cette observation, la cicatrice d'hystérotomie ait été l'origine à la fois des avortements et de la dystocie dynamique.

La conduite thérapeutique est celle habituellement tenue dans les avortements spontanés à répétition. Bien entendu, si la révision de la cavité utérine s'avère nécessaire, il faudra recourir chaque fois que possible au curage digital. Sinon le curetage devra être particulièrement prudent sur cet utérus cicatriciel et pratiqué sous couverture antibiotique.

En conclusion, *la particulière fréquence des avortements spontanés* rend vraisemblable l'influence de la césarienne antérieure sur l'interruption précoce de la grossesse.

OBSERVATIONS D'AVORTEMENTS SPONTANÉS A RÉPÉTITION

• OBS. N° 1 : *Mme S... Fernande,* trente-trois ans, primipare

Césarienne segmentaire le 6 juin 1960 pour rupture prématurée des membranes et souffrance fœtale.

Suites opératoires normales.

Deux grossesses ultérieures en 1962 et 1963, interrompues à un mois et demi.

En 1964, bilan biologique et hystérographique normal.

• OBS. N° 2 : *Mme L... Nicole,* vingt-neuf ans

Secondipare césarisée à Foch, le 24 mars 1958, pour bassin généralement rétréci.

Suites opératoires normales.

Antécédents : première césarienne en province, en 1956.

Deux grossesses en 1961 et 1963 sont interrompues au terme d'un mois et demi.

• OBS. N° 3 : *Mme Ph... Thérèse,* vingt-huit ans

Secondipare. Césarienne segmentaire itérative pour antécédents obstétricaux, près du terme en 1960.

Suites opératoires normales.

Antécédents : a eu en 1958, en province, une césarienne corporéale pour des raisons inconnues.

En 1961, grossesse interrompue à un mois et demi.

En 1965, grossesse interrompue à deux mois.

• OBS. N° 4 : *Mme P... Thérèse,* trente et un ans

Primipare césarisée à Foch, en 1957, pour souffrance fœtale en début de travail.

Suites opératoires normales.

En 1959, une grossesse menée au terme de huit mois et demi. Accouchement par voie basse. Forceps. D.A. R.U.

En 1961 et 1963, deux nouvelles grossesses interrompues à deux mois.

• OBS. N° 5 : *Mme Gr... Gilberte,* trente-cinq ans

Primipare césarisée en 1953 pour placenta prævia.

Suites opératoires normales.

Deux grossesses menées à terme en 1956 (voie basse), en 1962 (césarienne pour dystocie dynamique).

Deux grossesses interrompues en 1958, au terme de trois mois et demi (curage), et en 1959, au terme de deux mois (curetage).

• OBS. N° 6 : *Mme Br... Marie-Thérèse,* trente-quatre ans

Secondipare. Césarienne segmentaire itérative pour placenta prævia. Suites opératoires normales (1957).

Antécédents : première césarienne en 1955 (disproportion fœto-pelvienne).

En 1960, grossesse interrompue à deux mois.

En 1961, grossesse interrompue à deux mois.

En 1962, grossesse menée au terme de huit mois et demi. A eu un traitement œstrogène-progestérone pendant cette grossesse. Césarienne itérative avec ligature des trompes.

• OBS. N° 7 : *Mme B... Anne-Marie,* trente-cinq ans

Primipare césarisée, le 30 mai 1962, pour souffrance fœtale en début de travail.
Suites opératoires normales.
Deux grossesses interrompues à un mois et demi, en 1962 et 1963.
Une grossesse menée au terme de huit mois, en 1965. A eu un traitement hormonal de longue durée.
Accouchement par voie basse.

• OBS. N° 8 : *Mme H... Marguerite,* trente-huit ans

Primipare césarisée en 1954 pour souffrance fœtale avant tout début de travail.
Suites opératoires normales.
A eu une cure d'éventration six mois après la césarienne.
Trois grossesses ultérieures en 1955, 1956 et 1959, interrompues à trois mois et demi, deux mois et deux mois.
A eu un curage et deux curetages.

Toutes ces observations auraient mérité une exploration hystérographique et endocrinienne au décours immédiat de leurs accidents.

L'ACCOUCHEMENT

— 80 % des femmes ont mené leur grossesse à terme ou près du terme.

— Sur 161 accouchements, 59 se sont déroulés par voie basse, 102 par césariennes.

1) La césarienne itérative

Sur 102 césariennes, 93 ont été pratiquées en début de travail ou avant tout travail mais près du terme, 9 césariennes ont été pratiquées après essai de voie basse. Nous le reverrons dans le chapitre suivant. Les indications de ces césariennes itératives étaient :

— l'existence d'une cicatrice corporéale (1 cas seulement);
— l'existence de 2 césariennes segmentaires antérieures (ou davantage);
— la persistance de l'indication de la césarienne antérieure (dystocie osseuse, intervention périnéale importante);

— la découverte chez une césarisée antérieure d'une présentation du siège ou d'une présentation dystocique, d'une surdistension utérine, d'une insertion basse du placenta ;
— enfin une parturiente ayant eu des suites opératoires fébriles après la première césarienne a eu une césarienne itérative en début de travail.

Dans cette série de 92 césariennes itératives systématiques :

La mortalité maternelle a été nulle.

La morbidité maternelle est superposable à celle que nous avons étudiée dans « les suites opératoires des césariennes », surtout en ce qui concerne la maladie thrombo-embolique. Aucune désunion sous-péritonéale n'a été constatée opératoirement.

La mortalité périnéo-natale est basse : 2 décès dans les heures suivant la naissance.

La morbidité néo-natale est nulle.

Nous avons tenté 68 fois l'accouchement par voie basse. Nous allons voir dans quelles conditions et avec quel résultat.

Tableau V

Voie basse	59
Césarienne après épreuve du travail	9
Césarienne sans épreuve du travail	93

Sur 161 accouchements, 68 épreuves du travail, 103 césariennes itératives.

2) La voie basse chez la femme antérieurement césarisée

Nous examinerons successivement la conduite tenue et les résultats.

a) Notre conduite :

Nous n'avons pas craint d'accepter la voie basse dans certains cas.

Quelles sont les conditions où l'on peut tenter un accouchement par voie basse.

— L'indication de la césarienne antérieure était passagère (disproportion fœto-pelvienne, dystocie dynamique, indications de sauvetage fœtal, accidents occasionnels, telles une présentation dystocique, une procidence du cordon, un obstacle prævia). C'est là bien entendu un impératif absolu.

— L'examen local montre une présentation du sommet, un bassin osseux satisfaisant, de bonnes parties molles, un col souple.

— Il n'existe aucune contre-indications d'ordre général.

— Le déclenchement du travail doit être naturel. Tout déclenchement provoqué est formellement interdit.

— Nous avons également tenu compte de certaines conditions familiales et sociales (âge, parité).

— Les conditions de surveillance doivent être d'une rigueur absolue. L'épreuve du travail se déroule dans une salle de travail proche du bloc opératoire avec la présence de l'accoucheur-chirurgien. Une préparation psychologique a été pratiquée chez toutes ces patientes.

Sur 160 accouchements, nous avons ainsi accepté 68 essais d'accouchement par voie basse.

Quels sont les éléments de surveillance pendant le travail.

Bien entendu, l'accoucheur va surveiller :

— l'engagement de la présentation ;

— la marche de la dilatation ;

— la qualité de la dynamique utérine ;

— l'état des bruits du cœur fœtal ;

mais surtout il doit avoir la hantise d'une désunion de la cicatrice antérieure et savoir dépister tôt tout signe anormal qui le conduirait immédiatement à la voie haute. Nous verrons en détail les petits signes d'alarme dans le chapitre sur les désunions utérines.

• *La période de dilatation et d'engagement :*

Dans 40 cas, cette phase de travail a été aisée, sans aucune aide médicamenteuse.

La durée moyenne a été de cinq heures, avec des extrêmes allant de trente minutes à onze heures.

Le poids des enfants ne nous a guère paru influencer la marche du travail. Dans l'ensemble, il est sensiblement identique au poids des enfants nés précédemment. Certaines indications des césariennes antérieures, par contre, nous ont paru abusives (c'est ainsi qu'une femme césarisée en 1954 pour disproportion fœto-pelvienne — enfant de 2.850 g — accouchera en 1956 par voie basse après une période de dilatation et d'engagement de quatre heures, d'un enfant de 3.500 g).

Dans 28 cas, cette phase du travail a été troublée à des degrés divers par des anomalies de la dynamique utérine.

— *Chez 5 de ces femmes,* l'indication de la césarienne antérieure avait été une anomalie dynamique. On pouvait s'attendre à retrouver cette même anomalie lors de l'accouchement suivant.

— *Plus intéressants sont les 23 autres cas de dystocie dynamique :* la première césarienne avait été motivée par une souffrance fœtale (5 fois), une disproportion fœto-pelvienne (6 fois) ou un accident occasionnel (12 fois) sans aucune anomalie de la dilatation.

Nous avons constaté tous les types cliniques de dystocie dynamique sans qu'il y en ait un particulièrement spécifique : anomalies de la dilatation, avec ou sans modifications cervicales à type d'œdème, de rigidité ; contractions utérines parfois apparemment normales mais totalement inefficaces, ailleurs anarchiques dans leur intensité, leur durée, leur fréquence.

Quelle est la cause de la dystocie dynamique sur utérus césarisé ?

Depuis longtemps, les auteurs ont insisté sur le rôle des adhérences post-opératoires : fréquence des adhérences utéro-pariétales source de douleurs et d'anomalies de la dynamique utérine dans les accouchements ultérieurs, rôle des adhérences fixant l'utérus tordu, dévié ou malposé.

Mais l'étiologie essentielle de la dystocie dynamique après césarienne segmentaire réside dans des anomalies propres de la contraction utérine dues à l'existence même de la cicatrice d'hystérotomie.

Peut-on prévoir ces anomalies dynamiques ?

Non. On ne peut que constater leur plus grande fréquence chez des femmes ayant présenté des douleurs abdomino-pelviennes dans les années suivant leur césarienne, chez les femmes antérieurement césarisées où l'hystérographie a permis de connaître l'existence d'un utérus malposé ou dévié.

La lutte contre l'anomalie dynamique est-elle permise ? Peut-on utiliser des médications et lesquelles ?

— Les antispasmodiques, du moins certains d'entre eux, sont admis par tous les auteurs. Il faut toujours préférer les antispasmodiques non analgésiques (type N butylhyoscine ou Tropenzile). En effet, les opiacés (péthidine, spasmalgine) doivent être proscrits. Ils risquent de masquer les premiers signes d'une déhiscence cicatricielle. Cependant, nous nous sommes permis d'utiliser les opiacés dans quelques cas.

— Les ocytociques mineurs (spartéine) nous ont permis de vaincre certaines dystocies dynamiques sans danger.

— Les ocytociques majeurs sont formellement interdits par la quasi-totalité des auteurs. Nous les avons cependant utilisés six fois en nous entourant du maximum de garanties. L'ocytocine est employée en perfusion intra-veineuse lente à un débit de 16 gouttes/minute (soit 8 millilitres/minute), d'un flacon de 500 ml de sérum glucosé contenant 5 unités et toujours en association avec un antispasmodique.

L'accoucheur demeurera en permanence aux côtés de la parturiente pendant la perfusion d'ocytocine et pourra recourir immédiatement à la voie haute, si besoin. Jamais la perfusion n'a dépassé une durée d'une heure, c'est là une règle absolue.

Nos observations démontrent à l'évidence qu'à des côté des antispasmodiques admis par tous, à côté des ocytociques mineurs admis par certains, les ocytociques majeurs ont leur place dans le traitement de la dystocie dynamique sur utérus cicatriciel avec sinon une innocuité totale, du moins un minimum d'accidents.

Mais devant une anomalie dynamique ne cédant pas aux seuls antispasmodiques, il est bien difficile de choisir entre le recours immédiat à la voie haute ou l'épreuve des ocytociques. Les conditions d'utilisation de l'ocytocine sont rares : 6 fois seulement sur 68 essais d'accouchement par voie basse. L'indication, le mode d'administration, les conditions de surveillance requièrent une rigueur extrême. Il faut :

— que le travail soit déjà à degré avancé ;

— qu'il n'y ait pas eu préalablement dystocie dynamique lors de l'accouchement précédent n'ayant pas cédé à une perfusion d'ocytocine.

En effet, si la césarienne antérieure a été pratiquée pour dystocie dynamique après épreuve du travail, il est alors vain et dangereux de tenter une nouvelle épreuve sur le même utérus, mais cette fois porteur d'une cicatrice.

— *En conclusion,* sur 68 essais d'accouchement par voie basse, nous avons pu observer 40 fois un travail spontané, rapide, obtenu sans médication.

Dans 28 anomalies dynamiques, nous nous sommes permis d'utiliser largement les antispasmodiques non analgésiques et avec une plus grande réserve les analgésiques et les ocytociques mineurs. Nous n'avons employé l'ocytocine de synthèse en perfusion lente qu'avec une extrême prudence et dans des conditions rigoureuses.

Nous verrons en fin de chapitre les résultats de cette attitude thérapeutique.

• *La période d'expulsion* (cf. *Tableau VI*) :

L'expulsion chez la césarisée antérieure doit avoir une durée très courte dans le double intérêt de l'utérus et du fœtus.

Ne pas faire pousser est la règle.

Nous avons souvent recouru aux extractions instrumentales et préféré l'application de forceps au vacum extractor, chez les femmes accouchant pour la première fois par voie basse.

Toutefois, dans un certain nombre de cas, nous avons accepté une expulsion spontanée : présentation sur le périnée, parties molles souples, travail excellent (dilatation rapide).

Tableau VI : Modalités de l'expulsion

Nombre total d'expulsions	59
— Spontanées	19
— Episiotomie isolée	9
— Forceps ou V.E. sans épisiotomie	10
— Forceps ou V.E. avec épisiotomie	21

Sur 59 accouchements par voie basse, 30 épisiotomies, 31 extractions instrumentales.

Que l'expulsion ait été naturelle ou qu'il s'agisse d'une extraction instrumentale, nous avons souvent pratiqué une épisiotomie.

Au total, nous avons préféré l'extraction instrumentale 31 fois sur 59 expulsions ; nous avons pratiqué 19 épisiotomies.

• *La période de délivrance :*

La délivrance a été naturelle dans 30 observations.

Nous avons préféré une délivrance artificielle après nos extractions instrumentales, mais jamais nous n'avons dû pratiquer une délivrance artificielle pour rétention de placenta ou de membranes.

Bien entendu, la révision utérine est toujours pratiquée pour vérifier l'intégrité du segment inférieur.

b) Nos résultats (*Tableau VII*) :

Sur 160 accouchements chez des femmes antérieurement césarisées, nous avons tenté l'accouchement par voie basse 68 fois. Nous avons obtenu :

— 9 échecs (9 césariennes);

— 59 succès.

Ainsi, 37 % des accouchements de notre série se sont déroulés par voie basse.

L'emploi de médicaments, si discuté par beaucoup d'auteurs, nous a certainement permis d'améliorer notre statistique. Sur nos 68 cas, en effet, nous avons eu :

— 40 accouchements faciles ;

— 20 dystocies dynamiques traitées par les seuls antispasmodiques avec comme résultats 11 voies basses et 9 césariennes ;

— 8 dystocies dynamiques traitées par les ocytociques avec comme résultats 8 voies basses (dont 6 après perfusion d'ocytocine).

Tableau VII :
Résultats des antispasmodiques seuls ou associés aux ocytociques dans le traitement des anomalies dynamiques

	Antispasmodiques (20 fois)	Ocytociques + antispasmodiques (8 fois)
Voie basse	11	8
Césarienne itérative	9	0
Déhiscences utérines	4	1

c) Notre passif (*Tableau VIII*) :

• *Les désunions utérines :*

Nous en avons observé 5 cas. Nous les étudierons dans le chapitre suivant.

Signalons cependant qu'une seule désunion péritonéale a été observée après perfusion d'ocytocine.

Tableau VIII : Mortalité et morbidité maternelles et fœtales selon le mode d'accouchement

	93 césariennes itératives	59 voies basses	9 césariennes après épreuve du travail
Mortalité maternelle	0	0	0
Maladie thrombo-embolique .	7	1	1
Désunions utérines	0	1	4
Mort fœtale	2	1	1
Morbidité fœtale	0	0	0

• *La mortalité et la morbidité maternelles :*

La mortalité maternelle est nulle.

La morbidité maternelle est faible — thrombose des membres inférieurs au sixième jour des suites de couches.

• *La mortalité et la morbidité fœtales :*

La morti-natalité et la mortalité néo-natales sont superposables à celles de l'ensemble des accouchements du service. Nous avons eu un mort-né (rupture utérine) et un décès dans les heures suivant l'accouchement (encore s'agit-il d'un grand prématuré), soit une mortalité périnéo-natale de 2,9 %. La morbidité néo-natale paraît nulle. Le développement psycho-moteur de ces enfants a été normal.

• *Cas particulier des femmes ayant accouché plusieurs fois après leur césarienne :*

Sur 28 femmes ayant eu deux grossesses et 16 femmes ayant eu trois grossesses et plus après césarienne, 26 ont accouché deux fois, 5 ont accouché trois fois, 1 a accouché cinq fois.

Nous avons résumé en un tableau leurs modalités d'accouchement (*Tableau IX*).

Tableau IX : Mode d'accouchement des femmes ayant accouché plusieurs fois après leur césarienne

Accouchements	2	3	5
Nombre de femmes	26	5	1
— Voie basse seule	10	2	0
— Césarienne seule	11	0	0
— Voie basse puis césarienne .	5	3	1

Il est intéressant de relever chez les 26 césarisées ayant eu deux accouchements ultérieurs, que sur 18 d'entre elles césarisées pour une indication non permanente, 15 ont accouché au moins une fois par voie basse. Il est certain que le fait de ne pas avoir césarisé ces femmes de façon systématique a favorisé leur fertilité ultérieure.

— *En conclusion :* pourquoi ne pas toujours césariser une césarisée antérieure ? Quel est l'intérêt de la voie basse ? A-t-on le droit de prendre de tels risques pour un bénéfice supposé ?

L'essai d'accouchement par voie basse nous paraît valable parce que :

— d'une part, le risque de la césarienne n'est pas nul. C'est le risque inhérent à toute intervention chirurgicale, et si la mor-

talité est nulle dans une statistique particulièrement heureuse, la morbidité maternelle n'est pas négligeable, en particulier le risque de maladie thrombo-embolique ;

— d'autre part, l'accouchement par voie basse ne limite pas la fertilité de la césarisée antérieure (comme le prouve le tableau des accouchements multiples).

OBSERVATIONS DE DYSTOCIES DYNAMIQUES TRAITÉES PAR LES OCYTOCIQUES

• OBS. N° 1 : *Mme Leb...*, trente-quatre ans, II[e] pare

Après six heures de travail, contractions utérines irrégulières, col épais, dilatation stagnante à 3 cm, poche des eaux rompue. On injecte 20 cg de spartéine + 1 spasmalgine. Trois heures plus tard, dilatation complète.

Forceps en O.I.G.A. D.A. Segment inférieur indemne à la révision utérine.

• OBS. N° 2 : *Mme Le G...*, vingt-neuf ans, II[e] pare

Après cinq heures de travail, dilatation stagnante depuis trois heures à 4 cm. Col épais et dur, malgré des contractions utérines apparemment bonnes. Reçoit 15 cg de spartéine + 1 Buscopan. Deux heures plus tard, la dilatation est complète. Expulsion spontanée en O.P. Délivrance naturelle. Segment inférieur indemne à la révision.

• OBS. N° 3 : *Mme Do...*, vingt-sept ans, II[e] pare

Après sept heures de travail, la dilatation stagne à 3-4 cm depuis six heures. Perfusion intra-veineuse de syntocinon + 2 Buscopan.

Une heure plus tard : col à dilatation complète. Forceps Tarnier en O.I.G.A. D.A. R.U.

• OBS. N° 4 : *Mme De...*, vingt et un ans, II[e] pare

Césarienne pour souffrance fœtale en 1954.

En 1956, perfusion de P.H. à une dilatation de 4 cm + spasmalgine après quatre heures de travail. Contractions utérines peu intenses et espacées.

Une heure plus tard, dilatation complète.

Expulsion spontanée. Délivrance naturelle. Révision utérine.

• OBS. N° 5 : *Mme Bat...*, vingt-neuf ans, II[e] pare

Après neuf heures de travail, dilatation stagnante à 7 cm. Contractions utérines, irrégulières, mais bon relâchement.

Perfusion intra-veineuse de P.H.
Après quarante minutes de perfusion, la dilatation est complète.
Forceps Démelin en O.P. D.A. Révision utérine.

- OBS. N° 6 : *Mme Vo...*, trente et un ans, II^e^ pare

Après huit heures et demi de travail, la dilatation cervicale stagne à 4 cm depuis deux heures.
Perfusion de syntocinon + 1 spasmalgine.
Quinze minutes plus tard, col à dilatation complète.
Forceps Tarnier en O.I.D.T. O.I.D.A. D.A. Révision utérine (rien à signaler).

- OBS. N° 7 : *Mme Ou...*, vingt-quatre ans, II^e^ pare

A eu une césarienne segmentaire en 1954 pour souffrance fœtale. En 1956, après six heures de travail, contractions utérines irrégulières, col stagnant à une dilatation de 6 cm depuis trois heures ; perfusion de P.H. + 1 Buscopan.
Une heure plus tard, le col est à la dilatation complète.
Forceps Tarnier en O.I.D.A. Enfant vivant de 4.080 g. D.A. La révision utérine découvre une brèche qui sera suturée par voie haute (cf. chapitre « Ruptures utérines »).

- OBS. N° 8 : *Mme Be...*, vingt-six ans, II^e^ pare

Césarienne segmentaire en 1954 pour présentation transversale.
En 1956, après sept heures de travail, présentation engagée en O.I.G.T. Dilatation stagnant à 4 cm depuis deux heures. Perfusion intra-veineuse de P.H. + 1 dolosal. Une heure plus tard, dilatation complète. F.T. D.A. R.U. Petite déchirure périnéale.

LES DEHISCENCES UTERINES

Sur 160 grossesses menées à terme ou près du terme chez des césarisées antérieures, nous avons observé 5 déhiscences utérines.

Il s'agit exclusivement de déhiscences segmentaires du travail.

Jamais nous n'avons observé de désunions de cicatrices au cours de nos 93 césariennes itératives prophylactiques.

1) Anatomie pathologique

Quatre fois, il s'agissait de désunions sous-péritonéales.

Une seule fois, il s'agissait d'une rupture complète intéressant, outre muqueuse et muscle utérins, la séreuse péritonéale.

Nous avons été frappés par la fréquence des déchirures verticales médianes ou latéralisées, isolées ou associées à la désunion de la cicatrice segmentaire transversale.

En effet, nous avons observé :

— 2 déchirures verticales isolées : 1 médiane et 1 latéralisée à droite (*obs. n*^{os} *2* et *5*);
— 2 brèches en T comportant une désunion partielle de l'ancienne cicatrice et une déchirure verticale (*obs. n*^{os} *1* et *3*);
— 1 désunion complète de l'ancienne cicatrice (*obs. n*^{o} *4*).

2) Circonstances étiologiques

Bien entendu, le facteur essentiel de la solidité d'une cicatrice segmentaire est la qualité de la suture utérine et des soins post-opératoires : « La rupture commence dès la fin de la suture utérine. » (Varangot.)

Rappelons les principaux points de notre technique de césarienne segmentaire : importance de la dissociation transversale au doigt après moucheture au bistouri pour respecter au mieux la fibre musculaire ; suture en un plan à points séparés de fil résorbable.

Mais la qualité de la suture ne joue pas un rôle exclusif dans la qualité de la cicatrice segmentaire ; il existe d'ailleurs de petites différences entre une technique théorique et son application par différents opérateurs.

Divers facteurs ont été incriminés pour expliquer la fragilisation de la cicatrice :

— le moment de la première césarienne ; mais dans 5 observations, la première césarienne a été pratiquée sur des femmes à terme et en cours de travail, donc au moment théoriquement « idéal » sur un segment inférieur bien formé ;
— les causes de la première césarienne ayant pu fragiliser le segment inférieur : une seule femme a été césarisée pour placenta prævia ; les autres indications étaient des disproportions fœto-pelviennes (2), des souffrances fœtales (2);
— un hématome du ligament large ou une infection de la plaie utérine ne peuvent être retenus, les cinq courbes thermiques post-opératoires étant normales ;
— le temps écoulé entre la césarienne et la grossesse ultérieure ne nous paraît guère à retenir ; dans 2 observations, l'accouchement suit de deux ans et un an la première césarienne ; dans les 3 autres cas, l'accouchement survient respectivement cinq ans, trois ans, neuf ans après la première césarienne ;

— les agressions utérines depuis la césarienne : dans un cas, la femme a été curée et curetée lors de fausses-couches spontanées à trois mois et demi et deux mois ;
— certains auteurs ont insisté sur la fréquence dans leurs statistiques des ruptures utérines chez les femmes dont la césarienne antérieure a été précédée ou suivie d'accouchement naturel. Nous en relevons 2 cas (*obs. n*^{os} *3* et *4*).

Quant au rôle des médicaments administrés pendant le travail :

1° Les antispasmodiques analgésiques sont dangereux, car masquant la douleur d'alarme.

2° Dans un cas de déhiscence découverte de révision utérine, une perfusion intra-veineuse d'ocytocine avait été administrée.

3) Etude clinique

Dans un seul cas (*obs. n° 4*), l'intervention a été pratiquée en urgence devant une symptomatologie clinique complète de rupture avec apparition brutale de douleurs spontanées permanentes, une hypertonie utérine, une brusque modification des bruits du cœur. C'est aussi le seul cas de rupture anatomique complète avec mort fœtale.

Dans 2 cas (*obs. n*^{os} *1* et *3*), le signe d'alarme est une hémorragie peu abondante de sang rouge ; c'est secondairement qu'apparaissent une tension permanente de l'utérus d'une part, des douleurs et des modifications des bruits du cœur d'autre part. Deux fois la désunion utérine était séméiologiquement muette :

— découverte de césarienne itérative pour non-progression de la dilatation cervicale (*obs. n° 2*) ;
— découverte de révision utérine après accouchement par voie basse (*obs. n° 5*).

Ces 4 cas à expression séméiologique minime (au début du moins) ou nulle correspondent aux 4 déhiscences sous-péritonéales.

Trois de nos observations montrent qu'on ne s'attache jamais assez aux petits signes cliniques.

Il faut savoir arrêter l'essai d'accouchement par voie basse chez une femme césarisée devant :

— l'altération même légère de l'état général ;
— l'apparition d'une douleur spontanée ou provoquée au niveau du segment inférieur ;
— une hémorragie externe de sang rouge même minime ;
— une dystocie dynamique qui ne cède pas rapidement aux antispasmodiques non analgésiques, surtout si le relâchement utérin intercalaire est médiocre ;

— une modification même discrète des bruits du cœur.

Et recourir immédiatement à la voie haute.

L'une de nos observations enfin illustre la nécessité de la révision utérine systématique après accouchement par voie basse chez la césarisée antérieure.

4) Conduite thérapeutique

Le traitement de la désunion utérine sera conservateur au maximum :

— 1 fois seulement devant l'étendue des lésions vasculaires, nous avons pratiqué une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes ;

— 4 fois, nous avons pratiqué une suture de la brèche en un plan de catgut 0 et 1 avec seulement une ligature-résection des trompes chez une multipare.

5) Les résultats

— Maternels : aucune mortalité ; aucun accident post-opératoire.

— Fœtaux : une mort fœtale ; quatre enfants vivants.

OBSERVATIONS DES DÉHISCENCES ET RUPTURES UTÉRINES

• OBS. N° 1 : *Mme Ro... Huguette,* vingt-huit ans

Elle est césarisée en 1959 pour souffrance fœtale en début de travail, les suites opératoires sont normales.

Le 8 novembre 1964, deuxième grossesse à terme.

Après deux heures de travail, écoulement d'un liquide amniotique légèrement sanglant. Après quatre heures de travail, dilatations stagnantes à 3-4 cm. Reçoit 20 mg de Buscopan I.M. + 1 Spasmavérine I.M.

Après six heures de travail, dilatation stagnante à 4-5 cm. Reçoit 1 Spasmalgine I.M.

Ce n'est qu'après neuf heures de travail que, devant l'absence de progression de la dilatation du col, le mauvais relâchement utérin, on se décide à intervenir. Aucune douleur persistante n'est signalée. Les bruits du cœur sont bons.

C.R.O. :

Césarienne itérative pour dystocie dynamique et impression de gros enfant. Incision médiane sous-ombilicale réséquant la cicatrice antérieure.

Ouverture du péritoine pré-segmentaire sous lequel on voit la saillie de la poche des eaux. Il existe, en effet, une déhiscence utérine longue de 3 cm, verticale, descendante, branchée sur la portion moyenne de la précédente cicatrice d'hystérotomie transversale.

Incision horizontale segmentaire. Extraction d'un garçon de 3.950 g criant aussitôt.

Délivrance manuelle immédiate.

Réparation en un plan de catgut 0, à points séparés de la rupture.

Suture habituelle de l'hystérotomie actuelle.

Vérification des annexes. Fermeture du péritoine pré-segmentaire.

Fermeture pariétale en trois plans. Suites opératoires normales.

• OBS. N° 2 : *Mme Ha... Marthe,* vingt-six ans

Avait été césarisée en 1956, à Foch, pour disproportion fœto-pelvienne. Enfant vivant de 4.500 g. Suites opératoires apyrétiques.

En 1959, après une épreuve de travail de cinq heures, devant l'échec des antispasmodiques (1 Buscopan I.V. à la troisième et la quatrième heure), un col dur stagnant à une dilatation de 4 cm, on décide de recourir à la voie haute.

C.R.O. (1er janvier 1959) :

Césarienne itérative selon la technique habituelle.

C'est seulement au moment de l'extraction de l'enfant qu'on aperçoit une déchirure en T siégeant sur l'isthme.

Enfant vivant de 3.730 g. Délivrance manuelle immédiate.

Suture facile en un plan, à points séparés de catgut 0 de la déchirure puis de l'hystérotomie. Suture péritonéale au catgut 00. Fermeture pariétale en trois plans.

Suites normales pour la mère et l'enfant.

• OBS. N° 3 : *Mme Gra... Gisèle,* trente-cinq ans

Antécédents :

Une césarienne en 1953 pour placenta prævia chez une primipare (enfant de 4.500 g). Suites opératoires apyrétiques.

Un accouchement normal à terme en 1956 (enfant de 3.500 g).

Deux avortements spontanés à 3 mois et demi, en 1958 (curage digital), et à deux mois, en 1959 (curetage).

Le 2 avril 1962, cinquième grossesse à terme.

Cette tertipare est admise à 14 heures avec une présentation du sommet engagée en O.I.D.P., un col effacé et dilaté à 2 cm, une poche des eaux plate, de bons bruits du cœur. L'observation signale dès l'entrée une hémorragie de sang rouge minime mais continue, qui oriente l'attention de l'interne vers une insertion basse du placenta, d'autant qu'il croit percevoir des membranes rugueuses.

Pourtant, c'est seulement à 17 h 45, soit presque quatre heures après l'admission, après avoir reçu 100 mg de dolosal I.M. à 15 heures, que cette parturiente

est césarisée devant la persistance de l'écoulement de sang rouge, l'installation de douleurs permanentes, une modification des bruits du cœur.

C.R.O. :

Césarienne itérative chez une femme ayant eu, neuf ans plus tôt, une césarienne pour placenta prævia. Menace de rupture utérine (métrorragies, douleurs, modification des bruits du cœur).

Médiane sous-ombilicale avec résection de la cicatrice antérieure.

Libération de grosses adhérences utéro-pariétales.

On ne perçoit pas de désunion du segment inférieur.

Hystérotomie segmentaire transversale. Extraction d'un garçon de 3.020 g, criant aussitôt.

Délivrance manuelle immédiate d'un placenta normalement inséré.

On aperçoit alors une zone déhiscente longue de 3 cm, verticale, descendant à partir de l'extrémité droite de la cicatrice isthmique antérieure.

Suture en un plan de la zone déhiscente et de l'hystérotomie.

Péritonisation vésico-utérine par surjet de catgut.

Ligature-résection des trompes.

Fermeture pariétale en deux plans.

Bonnes suites opératoires.

• OBS. N° 4 : *Mme Re... Marguerite,* trente-deux ans

Antécédents :

Un accouchement normal à terme en 1941.

Une césarienne segmentaire en 1953 pour disproportion fœto-pelvienne et souffrance fœtale (enfant vivant de 3.500 g).

Suites opératoires normales.

En mars 1954, nouvelle grossesse à terme.

A l'admission, le 7 mars 1954 : présentation céphalique mobile, hauteur utérine = 30 cm, B.D.C. +++ ; col court mais fermé, poche des eaux intacte, contractions utérines toutes les cinq minutes, peu douloureuses.

Deux heures plus tard, les contractions utérines deviennent soudain très intenses et rapprochées. Relâchement médiocre. Bons B.D.C. On prescrit un dolosal intramusculaire.

Après trois heures de travail, les contractions paraissent excellentes avec bon relâchement. Le col est dilaté à 3 cm. B.D.C. +++.

Après cinq heures, l'utérus devient douloureux en permanence.

Les bruits du cœur deviennent brusquement sourds et irréguliers.

Un quart d'heure plus tard, l'intervention pour rupture utérine découvre un fœtus libre dans la cavité abdominale et mort. Le placenta est décollé, dans la cavité abdominale. La rupture utérine, complète, siège sur la ligne de cicatrice antérieure. L'importance des lésions oblige à une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes.

Fermeture pariétale en trois plans. Le fœtus pesait 3.250 g.

Suites opératoires normales.

• OBS. N° 5 : *Mme Ou... Yvette,* vingt-quatre ans, secondipare

Antécédents :

Césarienne segmentaire en 1954 pour souffrance fœtale.

Enfant décédé le premier jour.

En 1956, après six heures de travail (grossesse à terme), les contractions utérines sont irrégulières, la dilatation cervicale stagne à 6 cm. On installe alors une perfusion intra-veineuse d'ocytocine associée à 1 Buscopan.

Une heure plus tard, le col est à dilatation complète.

Extraction par forceps Tarnier (prise en O.I.D.A.) d'un enfant vivant de 4.080 g.

Délivrance artificielle.

La révision utérine nous montre une brèche du segment inférieur.

C.R.O. :

Laparotomie médiane sous-ombilicale avec résection de la cicatrice antérieure.

Le ligament large droit est distendu par un hématome important.

Incision du feuillet antérieur du ligament large.

Evacuation des caillots.

L'utérus est déhiscent dans sa portion segmentaire.

La brèche comporte deux branches en T avec d'une part une déhiscence de l'ancienne cicatrice segmentaire, d'autre part un trait de refend vertical et descendant le long du bord droit.

Suture en un plan au catgut 1.

Suites opératoires normales.

• *Ces observations appellent un certain nombre de commentaires critiques sur la conduite tenue :*

— *Dans l'observation n° 1,* l'écoulement de liquide légèrement sanglant aurait dû faire évoquer la déhiscence, supprimer l'épreuve du travail et césariser sept heures avant l'heure effective de la césarienne.

— *Dans l'observation n° 3,* une triple erreur a été commise, en rapport avec la jeunesse de l'obstétricien :

1° on a essayé l'accouchement par voie basse malgré le diagnostic de présomption de placenta prævia chez une césarisée antérieure au lieu de recourir d'emblée à la voie haute ;

2° on aurait dû évoquer d'emblée une déhiscence utérine sur la seule existence des métrorragies ;

3° on a prescrit une heure après l'admission, 1 dolosal I.M., donc un antispasmodique analgésique.

Ainsi, on a attendu qu'à l'écoulement de sang rouge viennent s'ajouter des douleurs permanentes et une modification des bruits du cœur pour intervenir.

— *Dans l'observation n° 4,* là encore, on a commis l'erreur de prescrire un antispasmodique analgésique et d'opérer trop tard devant un tableau clinique de rupture avec comme passif un enfant mort.

— *Dans l'observation n° 5,* on peut incriminer la perfusion.

— *Dans l'observation n° 2,* la conduite tenue est irréprochable.

B. - L'avenir non obstétrical

Nous étudierons successivement :

— les douleurs ;
— les troubles des règles ;
— les troubles d'adaptation sexuelle.

LES DOULEURS

Sur notre série de 406 femmes césarisées, 115 se plaignent de douleurs abdomino-pelviennes apparues dans les mois suivant l'intervention. Vingt-huit césarisées sur 100 présentent donc un syndrome fonctionnel algique qui n'existait pas avant leur grossesse et leur accouchement par voie haute.

Ce syndrome retentit à des degrés divers sur leur vie conjugale, leur vie familiale, leur vie professionnelle parfois.

1) Symptomatologie clinique

L'aspect clinique du syndrome algique est très polymorphe.

1) Certaines femmes se plaignent de monoalgies, bien localisées dans leur topographie et dans leur chronologie :

— 9 dyspareunies profondes ;
— 7 dysménorrhées
— 2 syndromes intermenstruels
— 1 syndrome prémenstruel.

2) La plupart des femmes, au contraire, sont des polyalgiques : 97, en effet, signalent des douleurs pelviennes ou pelvi-abdominales, permanentes ou intermittentes, superficielles ou profondes par rapport à la paroi abdominale, bilatérales ou unilatérales, non rythmées par le cycle menstruel.

Ces douleurs s'accompagnent parfois :

— de troubles intestinaux ou urinaires (dysfonctionnement, entéralgies, cystalgies...) ;
— des troubles d'adaptation sexuelle (outre les 9 cas de dyspareunie, 10 polyalgiques sont devenues frigides).

2) Etiopathogénie

Il est certain qu'il existe un élément psychique. Cet élément est plus particulièrement évident chez les femmes ayant des troubles du comportement sexuel et aussi chez celles qui estiment avoir eu un préjudice affectif, chez celles qui trouvent inesthétique leur cicatrice cutanée.

Mais le facteur étiologique organique paraît le plus important.

Toute césarienne comporte déjà une cicatrice utérine et une cicatrice pariétale avec un risque *d'adhérences de l'utérus* à la paroi et aux organes voisins. Ce risque augmente parallèlement au nombre de cœliotomies pratiquées chez une même femme.

Ainsi :

— 32 polyalgiques ont eu deux ou trois césariennes ;

— 6 polyalgiques ont eu en plus de leur césarienne une laparotomie gynécologique ou extra-gynécologique.

Chez plusieurs d'entre elles, l'examen clinique met en évidence une malposition fixée de l'utérus.

Les algies peuvent relever ailleurs *d'infections utéro-annexielles chroniques* (ainsi 2 observations de femmes salpingectomisées plusieurs années après la césarienne pour salpingite chronique), *de désordres hormonaux, d'endométriose.*

La lecture du compte rendu de la césarienne et des suites opératoires peut donner une orientation étiologique :

— il n'est pas étonnant que trois parois ayant suppuré dans les suites immédiates soient porteuses de cicatrices inesthétiques et douloureuses ;

— il est plus intéressant de retenir que 10 des femmes se plaignant de pelvialgies ont eu *une thrombose ou une thrombophlébite* d'un membre inférieur dans les dix premiers jours post-opératoires.

Ainsi, sur 28 femmes ayant présenté une thrombose post-opératoire, 10 souffrent. Leurs douleurs actuelles sont-elles des séquelles douloureuses de phlébites pelviennes ?

3) Thérapeutique

En dehors des antalgiques banaux et de la psychothérapie, les possibilités thérapeutiques sont pauvres : reposition chirurgicale dans certaines malpositions fixes, traitements hormonaux dans certains cas (cf. l'observation d'endométriose de *Mme M... Colette*). Une intervention à visée neurologique (présacré) paraît rarement justifiée.

Le meilleur traitement est préventif. Pour diminuer la fréquence des séquelles douloureuses chez la césarisée, il faut savoir respecter au maximum les petits détails de technique opératoire, bien assécher la cavité péritonéale en fin d'intervention et user largement en post-opératoire des antibiotiques, des anticoagulants et des anti-inflammatoires.

LES MODIFICATIONS DES REGLES

Nous avons observé un certain nombre de modification des règles.

Alors que le retour de couches survient dans des délais normaux, huit à neuf semaines en moyenne après la césarienne, 71 femmes sur 406 césarisées nous signalent des modifications menstruelles par rapport aux règles antérieures.

Ces modifications concernent aussi bien la fréquence, l'abondance, la durée des règles que leur contexte fonctionnel.

Elles peuvent être de banales modifications de post-partum ou peuvent avoir pour cause l'opération césarienne elle-même.

Sur nos 71 observations, 47 femmes étaient primipares lors de leur césarienne, 20 étaient des secondipares et 4 des tertipares.

Trente-quatre réponses sont ininterprétables : il s'agit de femmes ayant signalé une « modification des règles » ou des « règles irrégulières » sans aucune autre précision. Les 37 autres observations (réponses détaillées ou femmes ayant répondu aux convocations) sont schématisées *dans le tableau X*.

Tableau X

Aménorrhées	3
Spanioménorrhée	1
Polyménorrhées	6
Oligoménorrhées	6
Hyperménorrhées	9
Ménorragies	4
Dysménorrhées	7
	36

Sur 406 césarisées, nous avons observé 71 modifications des règles par rapport aux règles antérieures :

— 34 réponses sont imprécises ;

— 1 réponse concerne une normalisation de la durée du cycle.

Les 36 observations se répartissent selon le Tableau X.

Une seule femme nous signale une normalisation de la durée de son cycle qui passe de 45 à 29 jours.

Les 36 autres nous décrivent des anomalies menstruelles.

Trois *ménorragies* sur 4 observations sont dues à un fibrome du corps utérin et sans rapport avec l'intervention.

Les 3 *aménorrhées* sont des aménorrhées de post-partum ayant duré respectivement quatre mois, six mois et dix mois chez des femmes qui n'avaient pas allaité (deux volontairement et une involontairement). Lors de la césarienne, deux étaient primipares, la troisième était secondipare. Leur âge respectif était vingt-deux, vingt-sept et trente ans. Dans un seul cas, la lecture du compte rendu opératoire et des suites immédiates retient l'attention : il s'agit d'une primipare de vingt-sept ans césarisée pour placenta prævia — hémorragie assez importante pendant l'intervention et dans les trois premiers jours post-opératoires, sans trouble de coagulation, cédant aux ocytociques et compensée à la demande. Absence de montée laiteuse. Peut-être a-t-on le droit, dans cette aménorrhée de dix mois, d'évoquer une origine antehypophysaire. Ces trois aménorrhées ont cédé spontanément. Aucune de ces femmes n'a consulté pendant sa période aménorrhéique. Elles sont actuellement parfaitement réglées.

Parmi les 7 femmes présentant une *dysménorrhée*, plusieurs sont aussi des dyspareuniques. Dans 3 cas, des adhérences post-opératoires peuvent être incriminées, puisque une fois la courbe thermique post-opératoire est élevée et deux fois l'examen clinique montre une rétroversion utérine fixée. Une césarienne itérative a constaté chez une autre l'existence de grosses adhérences utéro-pariétales. Dans une cinquième observation, nous avons diagnostiqué et traité une endométriose. Dans les deux derniers cas, les explorations cliniques, biologiques et hystérographiques sont négatives.

Quant *aux autres anomalies menstruelles* qui nous ont été signalées, elles demandent des investigations cliniques, radiologiques et surtout biologiques qui sont en cours et nous permettront peut-être d'en trouver l'étiologie et de les traiter.

LES TROUBLES D'ADAPTATION SEXUELLE

Notre enquête portant sur 406 femmes césarisées nous a fait découvrir 52 troubles d'adaptation sexuelle apparus après la césarienne.

A une exception près (frigidité transitoire de six mois), ces troubles sont durables. Certains persistent depuis quinze ans.

Cette altération de la vie sexuelle est importante puisqu'elle affecte des femmes dont l'âge moyen au moment de notre questionnaire est de trente-trois ans, avec des extrêmes de dix-neuf à quarante-trois ans.

Nous avons observé deux catégories de troubles :

— des frigidités secondaires ;
— des dyspareunies profondes.

La frigidité, prise au sens d'insatisfaction sexuelle, se rencontre chez 43 femmes. Nous en rencontrons tous les degrés, toutes les variétés, depuis la femme « qui n'éprouve plus le besoin de rapports », jusqu'à celle « qui a une véritable répulsion » pour les rapports sexuels et par là même pour le mari, en passant par la logicienne qui pratique la contraception avec maîtrise mais se méfie de son efficacité.

La dyspareunie profonde (prise au sens de douleur pelvienne profonde pendant ou après la pénétration) se rencontre dans 9 autres observations, là encore avec des variations d'intensité.

Aucun vaginisme ne nous a été signalé et il ne nous a pas été donné d'en observer chez les femmes que nous avons revues.

Aucune anaphrodisie vraie n'a été constatée.

• *Quelles sont les causes apparentes des troubles apparues au décours de la césarienne chez des femmes dont la vie sexuelle paraissait auparavant satisfaisante ?*

Les 43 frigidités secondaires relevaient :

— 34 fois, de la crainte d'une nouvelle grossesse et de la crainte d'une nouvelle opération ;
— 1 fois, du rappel de la maternité antérieure (puisque cette femme avait eu une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes après rupture utérine) ;
— 4 fois, du détachement du mari, réel ou supposé (les 4 femmes incriminent leur cicatrice inesthétique).

Dans 4 cas, nous n'avons trouvé aucune étiologie puisqu'il s'agit de femmes désirant de nouvelles grossesses, satisfaites de leur césarienne antérieure et paraissant désolées de ne satisfaire ni leur mari, ni elles-mêmes.

Les 9 dyspareunies relèvent certainement d'une origine mixte psychique, mais aussi toujours organique :

— origine psychique, puisque ces 9 femmes sont des polyalgiques se plaignant de douleurs abdomino-pelviennes variées et variables dans leur intensité, leur description, leur chronologie et leur topographie ;

— origine organique aussi, puisque dans 3 observations le rôle des adhérences est probable : deux fois l'examen montrait une rétroversion fixée, dans la troisième observation une césarienne itérative mit en évidence de grosses adhérences utéro-pariétales. Chez une autre femme consultant pour dyspareunie et dysménorrhée, l'hystérographie montre un utérus légèrement basculé à droite avec image diverticulaire isthmique évoquant une endométriose (cf. à la fin du chapitre l'observation de *Mme M... Colette*).

Au total, des frigidités secondaires d'origine psychique et des dyspareunies d'origine mixte viennent perturber la vie sexuelle de 12 % des femmes césarisées.

La hantise de nouvelles maternités paraît l'élément étiologique dominant : 38 de ces 52 femmes sont d'ailleurs volontairement stériles.

L'élément douleur paraît aussi très important puisque, outre les 9 dyspareuniques, 10 des césarisées frigides nous signalent des douleurs abdomino-pelviennes plus ou moins constantes dans leur topographie et leur chronologie.

• *Peut-on combattre ces troubles d'adaptation sexuelle ?*

La psychothérapie paraît le meilleur élément thérapeutique. En effet, bon nombre de ces femmes sont frigides parce que mal éduquées. Beaucoup d'entre elles ignorent les circonstances exactes ayant motivé leur césarienne. Or, la plupart sont frigides parce qu'elles craignent une nouvelle césarienne plus qu'une nouvelle grossesse. Si l'accoucheur prévenait les femmes césarisées pour une indication accidentelle, de leur possibilité d'accouchement ultérieur par les voies naturelles dans 80 % des cas, il est probable que leur vie sexuelle serait moins perturbée.

Quant aux autres dont la césarienne relevait d'une indication permanente, il faut les persuader de la bénignité de l'intervention et de la possibilité de césariennes itératives sans danger.

Chez les douloureuses, on pourra lutter contre une endométriose, corriger une rétroversion utérine fixée tout en instituant une psychothérapie.

Il est probable enfin qu'une bonne éducation contraceptive du couple corrigerait un grand nombre de ces troubles d'adaptation sexuelle.

OBSERVATION DE DYSMÉNORRHÉE ET DYSPAREUNIE

• *Madame M... Colette.* trente ans

Secondipare césarisée dans le service en février 1961 : césarienne itérative pour disproportion fœto-pelvienne. Suites opératoires normales. Retour de couches sept semaines après l'accouchement.

Antécédents : première césarienne segmentaire en province pour « non-engagement » en 1958.

Consulte en mars 1965 pour troubles des règles.

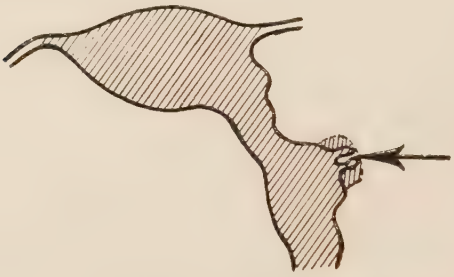

Image de double contraste avec 2 petits diverticules

Cliché de face en cours d'évacuation

Cliché de profil

L'interrogatoire :

Précise une symptomatologie faite de ménorragies et de dysménorrhée apparue au décours de la deuxième césarienne : les règles se sont modifiées dans leur

durée (passant de quatre à dix jours) et sont devenues douloureuses (douleurs débutant avec les règles et les accompagnant de plus en plus intenses). La malade signale une dyspareunie profonde qui, associée à sa crainte de nouvelle grossesse, lui fait redouter les rapports conjugaux.

L'examen clinique montre :

— Un col normal au spéculum.
— Un corps utérin légèrement dévié à droite et un peu bosselé au niveau du fond.
— Des annexes normales.
— L'appareil utéro-annexiel est indolore.

L'hystérographie :

Pratiquée en avril, elle montre :

— des trompes perméables et de morphologie normale ;
— un corps utérin de morphologie et volume normaux légèrement basculé à droite et en arrière ;
— surtout une image isthmique très particulière.

On observe, en effet, une image isthmique antérieure en double contraste faite de deux petites images diverticulaires au sein d'une image de sacculation.

Nous avons interprété ces images comme une déhiscence au niveau de la cicatrice plus une endométriose isthmique. On institue *un traitement de Norluten* (2 comprimés par jour du cinquième au vingt-cinquième jour). On préfère ne pas prescrire le progestatif de synthèse de façon continue pour laisser des règles à cette femme qui présente des troubles psychologiques importants.

La malade est revue quatre mois plus tard. Elle est très améliorée par le traitement : dysménorrhée et dyspareunie ont disparu. *Une tentative d'arrêt du Norluten* est suivie de la reprise des douleurs pelviennes et de douleurs lombaires. On reprend le traitement au Norluten continu à raison de trois comprimés par jour.

C. - L'examen de la femme antérieurement césarisée

1) Au cours d'une grossesse

Les données cliniques sont pauvres mais sont les seules données dont nous disposons. Outre la lecture du compte rendu de l'opération et de ses suites immédiates, l'interrogatoire peu retrouver l'existence de douleurs abdominales basses pendant la grossesse et on sait que ces douleurs doivent faire redouter une déhiscence de la cicatrice segmentaire.

La palpation du segment inférieur ne donne aucun renseignement.

Au cours du travail, nous avons vu les petits signes anormaux (au premier rang desquels hémorragie et douleur) qui doivent faire renoncer à l'accouchement par voie basse. Après l'expulsion enfin, la révision utérine s'efforce de vérifier l'intégrité du segment inférieur, mais cette révision elle-même a des limites. Une déhiscence localisée peut passer inaperçue. Il est parfois difficile de distinguer une désunion vrai d'un simple amincissement segmentaire.

2) En dehors de la grossesse

Toute césarienne peut grever l'avenir obstétrical ou l'avenir non obstétrical d'une femme. L'examen post-natal de la huitième semaine doit comporter d'autres gestes que les gestes de routine.

Un examen à plus lointaine échéance, trois à six mois après l'accouchement, devrait toujours être exigé au décours d'une césarienne.

C'est à cette date *que l'interrogatoire* peut déjà retrouver des algies ou des inadaptations sexuelles dans leurs premières manifestations. Cela est important puisque les chances de guérir ces troubles sont d'autant plus grandes que le traitement en sera plus précoce.

L'examen clinique déjà peut déceler une malposition ou un manque de mobilité de l'utérus, une rigidité du cul-de-sac de Douglas, ailleurs une douleur provoquée utérine ou para-utérine.

Parmi les *examens complémentaires,* le plus fréquemment demandé sera *l'hystérosalpingographie.*

L'hystérosalpingographie

Elle revêt un double intérêt : pronostique et diagnostique.

a) Intérêt pronostique :

Elle permet dans une certaine mesure de prévoir le « risque obstétrical » :

1° Elle précise la situation, la direction de l'utérus, l'existence éventuelle de troubles de position. Or, nous avons vu le rôle les malpositions fixées dans la genèse des anomalies dynamiques sur utérus antérieurement césarisé.

2° Elle précise la morphologie non seulement de la cavité corporéale, mais surtout du canal cervico-isthmique et peut montrer des images anormales en regard de la cicatrice. Ces images doivent faire redouter une déhiscence, nous le reverrons.

b) Intérêt diagnostique :

aussi puisque l'hystérosalpingographie peut préciser l'origine d'une stérilité, d'un syndrome douloureux, de troubles menstruels par la mise en évidence d'une obturation tubaire, d'une synéchie, d'une endométriose utérin ou tubaire outre les troubles de position.

Le principal intérêt de l'hystérographie est certainement de permettre dans certains cas d'apprécier le risque « probable » de désunion segmentaire.

Elle doit être pratiquée, pour la majorité des auteurs, trois à six mois au minimum après la césarienne, afin d'éviter de fausses images (subinvolution interne, œdèmes, etc.). Que le produit iodé soit liposoluble ou hydro-soluble, il faut demander au minimum des clichés de face et surtout de profil.

Les images segmentaires ou plutôt isthmiques anormales ont été bien décrites (Poitevin et Bockner, Varangot et Granjon, Lepage et coll.). Ce sont des images d'addition de deux types :

— petite image d'encoche donnant sur le cliché de profil une petite irrégularité arciforme ou arrondie du bord antérieur de l'isthme avec, plus inconstamment sur le cliché de face, une déformation en baïonnette du canal isthmique ;

— image plus importante ailleurs de sacculation avec, sur le cliché de face, une flaque isthmique et, sur le cliché de profil, une déformation en besace du contour utérin.

Dans notre courte série de 15 hystérosalpingographies pratiquées de six mois à quatre ans après la césarienne :

1) Cinq fois, des images anormales existaient en regard de la zone cicatricielle dont :

— 3 images de sacculation ;

— 2 images de spicule ithmique antérieure correspondant aux « images d'encoche ».

Ces images anormales se rencontrent chez 2 femmes ayant eu une deuxième césarienne.

2) Dix fois la morphologie du canal cervico-isthmique était absolument normale.

3) Cinq fois l'utérus était dévié ou tordu (4 rétro-déviations et 1 dextro-torsion).

Nous avons par ailleurs relevé une image de double diverticule en rapport avec une endométriose de l'isthme et une obturation tubaire bilatérale.

Au total, l'hystérosalpingographie nous paraît avoir une valeur pronostique certaine :

1° Il est prudent de rejeter tout essai d'accouchement par voie basse lorsque existe une image isthmique anormale à l'hystérographie.

2° Il faudra redouter une anomalie dynamique chez une femme porteuse d'une malposition utérine.

L'idéal, certes, serait de pratiquer de façon systématique une hystérographie de contrôle à distance de la césarienne, mais c'est là une attitude irréalisable en pratique.

En revanche, lorsqu'on revoit une femme ayant un antécédent de césarienne segmentaire à l'occasion des troubles fonctionnels que nous avons étudiés ou à l'occasion d'un quelconque syndrome gynécologique, il est facile de lui faire accepter cet examen radiologique qui prend alors toute sa valeur.

C'est parfois des années après que l'on sera appelé à pratiquer un tel examen.

CONCLUSIONS GENERALES

Nous avons démontré dans ce travail que si la mortalité maternelle paraît quasi négligeable, la morbidité maternelle est assez élevée dans les suites de césarienne, en particulier *la maladie thrombo-embolique*.

• *La fécondité* apparaît modérément diminuée après césarienne.

• *L'interruption précoce des grossesses* nous a semblé assez fréquente.

• *L'accouchement des femmes porteuses d'un utérus cicatriciel* demeure le problème important, puisqu'il met en jeu la vie de l'enfant et la vie de la mère. Il n'en est pas moins vrai que 37 % des femmes de notre statistique ont accouché par voie basse, que 8 sur 10 des femmes ayant eu une césarienne d'indication temporaire « accidentelle » accoucheront ultérieurement normalement par voie basse. Nous pouvons vaincre les fréquentes anomalies de la dynamique utérine dans bon nombre de cas. La déhiscence utérine est rare et devrait voir sa fréquence encore diminuée si l'obstétricien sait reconnaître les petits signes d'alarme.

• *Moins connus sont les syndromes algiques, les troubles menstruels et les troubles de l'adaptation sexuelle* réalisant *un véritable syndrome fonctionnel consécutif à la césarienne* dont le retentissement psycho-social, familial et professionnel est important.

Nous avons vu le rôle important dans la genèse de ces troubles des épisodes infectieux, hémorragiques et inflammatoires post-opératoires.

Nous avons insisté sur l'examen à lointaine échéance de toute femme césarisée. Nous avons montré l'intérêt diagnostique et pronostique de l'hystérosalpingographie.

Si la césarienne segmentaire aujourd'hui techniquement bien codifiée, relativement bénigne, est capable de rendre de grands services et de sauver bien des vies fœtales, il faut savoir ne pas abuser de ses indications. Concluons avec le Professeur MERGER, notre Maître :

« La césarienne, cette opération spectaculaire mise entre trop de mains, amie de la paresse et protégée de la Sécurité sociale, rengorgement du médiocre, a pour conséquences minimales, à supposer qu'elle est bien exécutée, la création d'une cicatrice utérine, d'une cicatrice pariétale, la limitation des naissances futures. Si les services qu'elle a rendus sont immenses, il faut cependant la circonscrire dans des limites raisonnables. Elle ne doit jamais être seulement une solution de facilité. »

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
MERGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE